MPN
UNE MUTUELLE
SANTÉ PROCHE
DE VOUS PARTOUT

RENONCIATION

Droit de renonciation

Document à conserver. Formulaire à retourner uniquement en cas de renonciation, dans les 14 jours à compter de la prise d'effet de votre adhésion.

Je soussigné(e),

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

reconnais avoir été informé(e) des dispositions légales en vigueur, sur la facilité qui m'est offerte de renoncer à l'adhésion souscrite auprès de la Mutuelle de la Police Nationale, **dans les 14 jours à compter de la prise d'effet de mon adhésion**.

Dans ce cas, il m'appartient de faire connaître ma décision à la Mutuelle de la Police Nationale par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois, si, entre la date de la signature de mon contrat et la fin du délai de renonciation, j'ai touché une quelconque prestation de la Mutuelle, cette faculté est caduque.

Date

Signature

PAR COURRIER

Mutuelle de la Police Nationale
B.P 50024 — 67301 Schiltigheim Cedex
Lettre recommandée avec accusé de réception

SERVICE ADHÉRENTS

03 88 19 22 40
Renseignements sur les conséquences d'une renonciation.